



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Niina Luhtala ja Linda Rantala

POSTOPERATIIVINEN
TARKISTUSLISTA HERÄÄMÖSTÄ
OSASTOLLE

Sosiaali- ja terveysala
2013

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Niina Luhtala ja Linda Rantala
Opinnäytetyön nimi	Postoperatiivinen tarkistuslista heräämöstä osastolle
Vuosi	2013
Kieli	suomi
Sivumäärä	37 + 5 liitettä
Ohjaaja	Riitta Koskimäki

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa postoperatiivinen tarkistuslista Vaasan keskussairaalan heräämösaston hoitajien käyttöön. Tarkistuslistaa on tarkoitus käyttää postoperatiivisen tarkkailun ja jatkohoito-osastolle siirtymisen apuna. Tarkistuslistan tavoitteena on potilasturvallisuuden parantaminen ja heräämönhoitajien käytäntöjen yhtenäistäminen. Lisäksi tarkistuslistaa voidaan hyödyntää uusien hoitajien ja opiskelijoiden perehdytyksessä.

Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään työn keskeisimpiä käsitteitä, joita ovat heräämö, postoperatiivinen hoitotyö, potilasturvallisuus, tarkistuslista ja siirtokriteerit. Tarkistuslistassa määritellään siirtokriteerit ja käsitellään eri elintoimintojen raja-arvoja ja sitä milloin potilas on niiden suhteen siirtokelpoinen vuodeosastolle. Tutkimusaineisto opinnäytetyöhön kerättiin haastattelemalla Vaasan keskussairaalan heräämön neljää kokenutta sairaanhoitajaa ja osaston vastaavaa anestesia lääkäriä. Vaasan keskussairaalan heräämön tämänhetkistä siirtokriteereistä saatiin myös kirjallista materiaalia ja lisäksi teoretietoa haettiin alan kirjallisuudesta sekä erilaisia tietokantoja käyttäen.

Postoperatiivista tarkistuslistaa ei ole vielä ennen tämän työn valmistumista otettu käyttöön, joten sille asetettujen tavoitteiden toteutumista on vielä vaikea arvioida. Yhteyshenkilömme Vaasan keskussairaalan heräämössä on kuitenkin kertonut, että työtä pidetään erittäin tarpeellisena ja menemme esittämään sen heille osastotunnilla sovittuna aikana. Tarkistuslistan uskotaan olevan hyödyllinen ja osaston tarpeita vastaava, sillä he ovat itse saaneet vaikuttaa sen sisältöön ja ulkomuotoon.

Avainsanat	heräämö, postoperatiivinen hoitotyö, potilasturvallisuus, tarkistuslista, siirtokriteerit
------------	---

ABSTRACT

Authors	Niina Luhtala and Linda Rantala
Title	Postoperative Checklist from Recovery Room to the Ward
Year	2013
Language	Finnish
Pages	37 + 5 Appendices
Name of Supervisor	Riitta Koskimäki

The purpose of this bachelor's thesis was to produce a postoperative checklist for the nurses to be used in the recovery room in Vaasa central hospital. The checklist is to be used for postoperative monitoring and transferring the patients to further care in the ward. The goal of the checklist is to increase patient safety and to standardize the practices of the recovery room nurses. It can also be used in the orientation of new nurses and students.

The theoretical part deals with the key concepts of the bachelor's thesis which include recovery room, postoperative care, patient safety, checklist and transfer criteria. The checklist includes transfer criteria, threshold values of different vital signs and the state of the patient when he/she can be transferred to the ward. The material for the study was collected by interviewing four experienced nurses in the recovery room in Vaasa central hospital and the anesthesiologist in charge on the ward. The recovery room also provided written material about the current transfer criteria and moreover knowledge was collected in literature and by using different databases.

The postoperative checklist has not been taken into use prior the completion of this bachelor's thesis so it's difficult to assess the goals which were set for it. Our contact person in Vaasa central hospital recovery room has, however, told that the checklist is considered to be very necessary. The authors of this thesis will present the checklist to the recovery room nurses during one of their weekly meetings. The checklist is believed to be useful and suitable for the needs of the unit since the employees themselves had the chance to affect the contents and layout of the checklist.

Keywords	Recovery room, postoperative nursing care, patient safety, checklist, transfer criteria
----------	---

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	5
2	TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	6
3	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PRJOKETINA	7
4	TYÖN TEOREETTINEN OSUUS	9
4.1	Heräämö	9
4.2	Postoperatiivinen hoitotyö	10
4.3	Potilasturvallisuus	11
4.4	Tarkistuslista	12
4.5	Siirtokriteerit	13
4.5.1	Verenkierto	13
4.5.2	Hengitys	14
4.5.3	Tajunnantaso	16
4.5.4	Liiketoiminnot	16
4.5.5	Kipu	17
4.5.6	Pahoinvointi	18
4.5.7	Lämpötila	19
4.5.8	Virtsaneritys	20
4.5.9	Verenvuoto	20
4.5.10	Jatkohoito-ohjeet	21
5	SIIRTOKRITEERIT VKS:N HERÄÄMÖSSÄ	22
6	PROJEKTIN TOTEUTUS	23
6.1	Alustavat taustaselvittelyt	23
6.2	Alustava rajausta ja lisäselvittelyt	24
6.3	Yhteistyö osaston kanssa ja työsuunnittelu	25
6.4	Tutkimusaineiston analysointi	27
6.5	Toteutus eli tarkistuslistan kokoaminen	29
6.6	Projektin seuranta ja arviointi	30
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	31

7.1 Projektin arviointi	31
7.2 Tavoitteiden toteutuminen	32
7.3 Eettisyys ja luotettavuus	33
7.4 Jatkotutkimusaiheet.....	34
LÄHTEET	35
LIITTEET	

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Numerojana kipumittari s. 17

Taulukko 1. Oman projektin SWOT-analyysi s. 8

Taulukko 2. Aikuisen hengitysfrekvenssi s. 15

Taulukko 3. Aikuisen happisaturaatio s. 15

Taulukko 4. Aikuisen lämpötila s. 19

LIITELUETTELO

LIITE 1. Saatekirje haastateltaville

LIITE 2. Haastattelunrunko

LIITE 3. Postoperatiivinen tarkistuslista

LIITE 4. Tiivistetty tarkistuslista apupöydille

LIITE 5. Sisällönanalyysi

1 JOHDANTO

Viime vuosina on huomattu, että sairaalahoidossa olleista potilaista 5-10 %:lla on ilmennyt hoitoon liittyvä haittatapahtuma. Vaaratapahtumia sattuu eniten lääke- ja nestehoidossa sekä tiedonkulussa että -hallinnassa. Tärkeitä osia, joista potilasturvallisuus muodostuu, ovat tarkistuslistat ja haittatapahtumien analysointi. (Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 21.)

Opinnäytetyön aiheena on tuottaa postoperatiivinen tarkistuslista Vaasan keskussairaalan heräämöhön, joka varmistaa potilaan turvallisen siirtymisen heräämöstä vuodeosastolle jatkohoitoon. Idean aiheeseen saimme perioperatiivisenhoitotyön lehtorilta Riitta Koskimäeltä ja aihe tuntui heti mielenkiintoiselta. Tämän jälkeen lähdimme esittämään aihetta heräämöhön ja selvitimme olisivatko he kiinnostuneita tällaisesta työstä. Heräämön osastonhoitajan mielestä aihe on erittäin ajankohtainen ja nykyistä kriteeristöä olisi hyvä päivittää ja uudistaa, sillä tämä nykyinen kriteeristö on melko suppea eikä se ole aktiivisesti käytössä. Tarkistuslistasta on tarkoitus tehdä selkeä postoperatiivinen tarkistuslista, joka parantaa potilasturvallisuutta ja samalla yhtenäistää hoitajien toimintatapoja. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Vaasan keskussairaalan heräämösaston kanssa.

Aihe on mielestämme tärkeä ja ajankohtainen, sillä viime aikoina potilasturvallisuuteen on kiinnitetty yhä enemmän huomiota. Tarpeeksi kattavat siirtokriteerit varmistaisivat sen, ettei potilasta siirretä liian aikaisin ja ettei jatkohoito-osastolla ilmaantuisi komplikaatioita jotka olisi ollut vältettävissä. Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Vaasan keskussairaalan heräämön hoitajien ja heräämön vastaavan lääkärin näkökulmasta, sillä he tarkkailevat potilaan vitaalielintoimintoja leikkauksen jälkeen ja heidän arvionsa perustuu milloin potilas on siirtokelpoinen. Hoitajien ja lääkärin näkökulma on tärkeä, koska valmis tarkistuslista tulee heidän käyttöönsä.

Työn materiaali ja teoriaosuus on laadittu Vaasan keskussairaalan heräämön kirjallisesta materiaalista ja heräämön hoitajille sekä heräämön lääkärille tehdyistä haastatteluista. Tietoa on haettu myös alan kirjallisuudesta ja suomenkielisistä sekä kansainvälisistä tietokannoista.

2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa postoperatiivinen tarkistuslista Vaasan keskussairaalan heräämööseen. Tarkistuslistan on tarkoitus edistää potilasturvallisuutta ja yhtenäistää hoitajien työtä. Samalla se tukee heräämön hoitajia päätöksenteossa. Tarkistuslistan avulla osaston hoitajat, opiskelijat ja uudet osastolle töihin tulevat hoitajat voivat tarkistaa, että he ovat huomioineet kaiken tarvittavan potilaan voinnissa jolloin mahdolliset komplikaatioriskit vähenevät. Opinnäytetyön tavoitteena on:

1. Tuottaa selkeä postoperatiivinen tarkistuslista heräämööseen
2. Parantaa potilasturvallisuutta
3. Yhtenäistää heräämön hoitajien toimintatapoja
4. Luoda uusi tapa seurata ja kirjata potilaan vitaalielintoimintoja, joita tarkkaillaan heräämöhoidovaiheessa

3 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PRJOKETINA

Toiminnallinen opinnäytetyö on projekti. Projekti on tavoitteellinen prosessi joka kestää tietyn ajan. Se voi olla osa isompaa hanketta tai sillä pyritään saamaan tietty rajattu kertaluontoinen tulos. Projektia pitää suunnitella, organisoida, toteuttaa, valvoa, seurata ja arvioida tarkkaan, jotta se onnistuisi. (Vilkka & Airaksinen 2003, 48.)

Hyvä opinnäytetyö on työelämälähtöinen, tutkittuun tietoon pohjautuva ja käytännönläheinen sekä sillä osoitetaan, että alan tiedot ja taidot ovat riittävällä tasolla (Vilkka & Airaksinen 2003, 10). Opinnäytetyö edellyttää opiskelijalta monia eri taitoja kuten esimerkiksi teoreettista ajattelutaitoa, kykyä hallita alan keskeisiä käsitteitä ja taitoa rajata ongelma. Opiskelijan olisi hyvä myös osata lukea löytämiään aiheeseen liittyviä aineistoja kriittisesti, jotta hän pystyy erottamaan niistä opinnäytetyön kannalta relevantin tiedon. (Nummenmaa & Lautamatti 2004, 21.)

Ammatillisessa kentässä toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Toiminnallinen opinnäytetyö on yleensä tarkoitettu ammatilliseen käytäntöön ja se voi olla esimerkiksi ohje, ohjeistus tai opastus kuten perehdyttämispas. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tärkeää yhdistää käytännön toteutus ja sen raportointi. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9.)

Projektilla on suuremmat mahdollisuudet onnistua jos jo alustavaa rajausta mietittäessä tarkasteltaisiin projektin liittyviä mahdollisuuksia ja ongelmia (Silfverberg, 1998, 17). Menetelmänä voidaan käyttää ns. nelikenttäanalyysiä eli SWOT-analyysiä. SWOT-analyysissä selvitetään projektin sisäisiä vahvuuksia ja heikkouksia sekä sen ulkoisia mahdollisuuksia ja uhkia (Lehtinen & Niinimäki 2005, 71).

Tämän opinnäytetyön SWOT-analyysistä (ks. Taulukko 1.) selviää, että projektilla on enemmän mahdollisuuksia ja vahvuuksia kuin uhkia ja heikkouksia, mikä tukee projektin onnistumista. Projektin tärkeimpiä vahvuuksia ovat työelämän yhteistyökumppani ja aiheen ajankohtaisuus, koska silloin tällaiselle työlle on tarvet-

ta ja samalla se kehittää hoitotyötä heräämössä. Projektilla on mahdollisuuksia parantaa potilaiden turvallisuutta vähentämällä postoperatiivisia komplikaatioita ja samalla se yhtenäistää hoitajien toimintatapoja. Suurin uhka projektin etenemisessä on tekijöiden aikataulussa pysyminen, mutta projektin valmistuttua suurin uhka olisi se, ettei tarkistuslistaa otettaisikaan käyttöön. Projektin yhtenä heikkoutena on, ettei siihen löydetä tarpeeksi uusia ja monipuolisia tieteelliseen tietoon perustuvia lähdemateriaaleja.

Taulukko 1. Oman projektin SWOT-analyysi

<p>VAHVUUDET</p> <ul style="list-style-type: none"> - Yhteistyökumppani työelämässä - Matalat kustannukset - Aiheen ajankohtaisuus - Asiantuntevat hoitajat - Työn hyödyntäminen käytännön hoitotyössä - Aihe kehittää omaa tulevaa ammattialaa 	<p>MAHDOLLISUUDET</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potilasturvallisuuden parantuminen - Liian aikaisten siirtojen väheneminen - Leikkausten jälkeisten komplikaatioiden väheneminen - Hoitajien työn yhtenäistäminen - Osaston toimintatapojen selkeyttäminen - Uusien asioiden huomioiminen (mitä ei ole ennen välttämättä huomioitu) - Tarkistuslistan hyödyntäminen uusien hoitajien perehdytyksessä
<p>HEIKKOUEDET</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aineiston tulkitseminen oikein - Tulosten yleistettävyyys (tehdään vain yhdellä tietyllä osastolla) - Teknisten laitteiden käyttö esim. nauhuri (toimivatko oikealla tavalla, osataanko niitä käyttää) - Aikataulun suunnittelu - Lähdemateriaalien löytäminen 	<p>UHAT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Onko postoperatiivinen tarkistuslista tarpeeksi kattava, että se palvelee erilaisissa potilastapauksissa? - Aikataulussa pysyminen - Uutta tarkistuslistaa ei otettaisi käyttöön - Kulut

4 TYÖN TEOREETTINEN OSUUS

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön keskeisimmät käsitteet ovat heräämö, postoperatiivinen hoitotyö, potilasturvallisuus, tarkistuslista ja siirtokriteerit.

4.1 Heräämö

Heräämö on leikkausosaston yhteydessä oleva tila, jossa potilaan hoito jatkuu välittömästi anestesian ja leikkauksen jälkeen. Nykyään heräämöstä käytetään nimitystä valvontayksikkö, koska heräämö sana ei kuvaa tarpeeksi monipuolisesti toimintaa, jota tässä hoitoympäristössä toteutetaan. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2010, 359–360.) Tässä opinnäytetyössä käytetään kuitenkin termiä heräämö, sillä yksikkö johon työ tehdään käyttää ainakin vielä tätä nimitystä.

Heräämössä keskitytään tarkkailemaan potilaan elintoimintoja ja seurataan tajunnan tason palautumista. Seuranta heräämössä ja potilaan siirto heräämöstä osastolle ovat kriittisiä vaiheita, koska näissä vaiheissa komplikaatioriski on suurimmillaan. Heräämöhoidossa esiintyvät ongelmat liittyvät yleensä potilaan hengityksen ja verenkierron häiriöihin, leikkauksen jälkeiseen kipuun, pahoinvointiin ja oksentamiseen, hypotermiaan ja uneliaisuuteen. Potilas siirretään osastolle kun hänen vitaalielintoimintonsa ovat palautuneet leikkausta edeltävälle tasolle. (Lukkarinen & Virsiheimo 2012, 6.)

Heräämön sijainnilla on suuri merkitys potilaan turvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden kannalta. On tärkeää, että heräämö sijaitsee lähellä leikkaussaleja, jottei potilaan kuljetus salista kestäisi liian kauaa. Samalla anestesia- ja intraoperatiivinen hoitotiimi ovat lähellä jos heidän apuaan tarvitaan. Heräämön pitäisi sijaita myös siten keskeisellä paikalla, että sieltä olisi hyvät kulkuyhteydet esimerkiksi jatkohoito-osastoihin ja laboratorioon. (Lukkari ym. 2010, 362–363.)

Heräämössä potilaan tarkkailun tulisi tapahtua tämän vierellä. Välillä kuitenkin sairaanhoitaja voi joutua poistumaan potilaan luota erilliselle työtilalle esimerkiksi kirjaamaan. Tämän vuoksi olisi tärkeää, että työtila sijaitisi sellaisella paikalla, että siitä näkee jokaisen potilaspaikan. (Lukkari ym. 2010, 363.) Lukkarisen ja

Virsiheimon (2012, 6) artikkelin mukaan potilaan välitön valvonta heräämössä vaatii vähintään kahden henkilön paikallaoloa. Heidän mukaan tämä on tärkeää siksi, että heräämössä korostuu niin leikkauspotilaiden avun tarve kuin sairaanhoitajien tiedon, taidon sekä tilannevalppauden merkitys.

4.2 Postoperatiivinen hoitotyö

Heräämössä alkaa potilaan postoperatiivinen hoitotyö. Postoperatiivisessa hoidossa keskitytään potilaan elintoimintojen tarkkailuun ja hoitoon. Hoito jatkuu siihen asti kunnes potilaan elintoiminnot ovat palautuneet riittävän hyvälle tasolle ja vuodeosastolle siirtymisen kriteerit täyttyvät. (Lukkarinen, Virsiheimo, Hiivala, Savo & Salomäki 2012, 4.) Valvonta-aika on yleensä 1-3 tuntia riippuen kuitenkin potilaan voinnista ja leikkauksen laajuudesta. Heräämössä potilasta tarkkaillaan koko ajan ja hoitajan on oltava koko ajan potilaan vierellä tai läheisyydessä. (Lukkari ym. 2010, 360–361.)

Potilaan postoperatiivinen hoito perustuu pre- ja intraoperatiivisessa hoitovaiheessa saatuihin tietoihin. Nämä tiedot siirtyvät vuodeosaston sairaanhoitajalta leikkausosastolle ja heräämön kautta takaisin osastolle suullisen ja kirjallisen raportoinnin avulla. Postoperatiivisessa vaiheessa potilas kytketään tarkkailumonitoriin, josta seurataan ainakin verenpainetta, sykettä, ekg:tä ja saturaatiota. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 68.) Potilaalle annetaan myös lisähappea happinaamarilla tai viiksillä, joka edistää hengittämistä sekä poistaa anestesiakaasuja elimistöstä. Heti potilaan monitoroinnin jälkeen otetaan ylös ensimmäiset viitaalielintoimintojen arvot ja tarkastetaan potilaan kokonaistilanne. (Lukkari ym. 2010, 367.)

Postoperatiivisen hoidon aikana seurataan seuraavia hoidon osa-alueita: 1) verenkierron, nestetasapaino ja virtsanerityksen seuranta 2) hengityksen seuranta 3) tajunnan ja lihastoiminnan seuranta 4) leikkaushaavan ja vuodon seuranta 5) lämpötilan seuranta 6) pahoinvoinnin seuranta 7) kivun seuranta ja 8) potilaan voinnin kirjaaminen ja raportointi. Näiden osa-alueiden tarkastelu on tärkeää potilasturvallisuuden ja komplikaatioiden varhaisen tunnistamisen näkökulmasta. (Lukkarinen & Virsiheimo 2012, 6.)

4.3 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus on terveydenhuollon peruseriaate. Viimeisten vuosien aikana siitä on tullut vakava maailmanlaajuinen ja kansanterveydellinen ongelma, jonka takia siihen on alettu kiinnittää yhä enemmän huomiota. (WHO 2013 a.)

Potilasturvallisuutta määrittävät monet lait, kuten esimerkiksi terveydenhuoltolaki, joka astui voimaan keväällä 2011. Tämän lain kohta 8 § koskee potilasturvallisuutta ja laatua, jotka liittyvät hyvin keskeisesti toisiinsa, koska turvallisuuden edistäminen lisää terveydenhuollon laadun ja riskien hallintaa. Lain tarkoituksena on potilaan turvallisuuden varmistaminen hoidossa ja hoitamisessa kaikissa sairaaloissa ja terveyskeskuksissa. Tämän asetuksen mukaan hoidon ja tutkimusten on myös perustuttava näyttöön ja hyväksi havaittuihin toimintatapoihin. (THL 2013.)

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan potilasturvallisuuden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoilta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus on sitä, ettei hoidosta aiheutuisi haittaa. Hoidon turvallisuutta varmistetaan erilaisilla toimilla ja tarkistusmenettelyillä, kuten esimerkiksi tarkistuslistoilla joiden avulla varmistetaan, että asiat on tehty oikein eikä mitään ole unohtunut. Hoito, lääkitys- ja laiteturvallisuus kuuluvat kaikki potilasturvallisuuteen. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 13.)

Niemi-Murolan ja Mäntyrannan (2011, 21) mukaan potilasturvallisuus on terveyden- ja sairaanhoidon perusta ja hoito on turvallista silloin kun se toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan yhteistyössä potilaan kanssa. Tapahtuma, joka vaarantaa potilasturvallisuutta voi olla, joko läheltä piti tilanne tai haittatapahtuma (THL 2009). Peltomaa (2009, 17) mukaan haittatapahtumalla tarkoitetaan potilaan tahatonta vammautumista tai komplikaatiota jotka johtuvat hoidosta, mutta eivät varsinaisesti liity potilaan sairauteen. Haittatapahtumasta voi seurata pitkittynyt sairaalahoito, viivästynyt toipuminen tai pahimmassa tapauksessa potilas voi vammautua tai menehtyä (Peltomaa 2009, 17).

Yli-Villamon (2008, 47) tutkimuksen mukaan potilasturvallisuudesta ei puhuta tarpeeksi työyksiköissä, vaikka hoitajat pitävät sitä erittäin tärkeänä. Hoitajien asenteet potilasturvallisuutta kohtaan olisivat myönteisemmät jos siihen liittyvistä asioista puhuttaisiin säännöllisesti. Samalla hoitajien kynnys ilmoittaa haittatapah- tumista laskisi ja organisaation rakennetta pystyttäisiin muuttamaan niin, että vas- taavanlaiset virheet pystyttäisiin jatkossa estämään (Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 21-22).

4.4 Tarkistuslista

Maailman terveysjärjestö WHO on aloittanut vuonna 2007 kampanjan jonka tar- koituksena on kirurgiaan liittyvien komplikaatioiden väheneminen. Komplikaati- oiden ja riskitilanteiden vähentämiseksi kehitettiin erityinen tarkistuslista, joka on vähentänyt huomattavasti kirurgista sairastavuutta ja kuolleisuutta. (WHO 2009.) Esimerkiksi huipputekniikan maissa leikkauskomplikaatiot vähenivät 10,3 %:sta 7,1 %:iin (Pauniahho & Ikonen 2010). Tarkistuslista vahvistaa samalla myös jo olemassa olevia turvallisuuskäytäntöjä sekä edistää kommunikaatiota ja parantaa tiimityöskentelyä (WHO 2013 b; Ikonen, Aarnio, Kangasmäki, Karjalainen, Kont- sas, Kujala, Pauniahho, Saario, Savunen & Sivula 2009, 517).

Tarkistuslistan avulla on tarkoitus varmistaa, että elintärkeitä seikat on otettu huo- mioon ennen toimenpidettä ja, että on huomioitu leikkauksen jälkeiset mahdolliset riskit potilasturvallisuuden kannalta. Tarkistuslistaa on tähän mennessä sovellettu oikeastaan vain leikkaussaleissa, mutta WHO suosittelee käyttämään ja muok- kaamaan listaa omaan yksikköön ja työympäristöön sopivaksi. (Ikonen 2010, 78– 79.) Esimerkiksi postoperatiivisessa hoitotyössä korostuu erityisesti potilaan bio- logis-fysiologisten toimintojen tarkkailu, mutta samalla täytyy ottaa huomioon myös potilaan orientoituminen aikaan ja paikkaan sekä hänen mielialansa (Lukka- rinen ym. 2012, 5). Tärkeintä kuitenkin on, että listassa on otettu huomioon vain oleelliset ja ennusteen kannalta tärkeät asiat (Ikonen ym. 2009, 517).

Tarkistuslistat parantavat potilasturvallisuutta, mutta samalla ne vähentävät poti- lasvahinkoihin kuluva kustannuksia merkittävästi. Tarkistuslista on sen hyötyihin verrattuna erittäin halpa työkalu. (Pauniahho & Ikonen 2010.) Sen läpikäymiseen

kuluu aikaa vain pari minuuttia, mutta se vaatii, että hoitohenkilökunta on sitoutunut käyttämään sitä (Pauniahho & Ikonen 2010; Semel, Resch, Haynes, Funk, Bader, Berry, Weiser & Gawande 2010). Tarkistuslista avulla tieto pystytään helpommin muuttamaan hyväksi käytännöksi eli se täyttää lääketieteellisen tiedon ja käytännötoiminnan väliin jäävän aukon. Tarkistuslista luo hyvät rutiinit hoitotyölle ja samalla opiskelijat sekä uudet työntekijät voidaan suoraan kouluttaa käyttämään näitä rutiineja. (Ikonen ym. 2009, 517.)

4.5 Siirtokriteerit

Siirtokriteerit perustuvat tutkittuun tietoon ja ne ovat moniammatillisesti muodostetut. (Naski, Heikkinen & Rantala 2012, 10). Tarkat ja turvalliset jatkohoitoon siirron kriteerit takaavat, että leikkauspotilaan komplikaatioriski vähenee ja että toimenpide- ja jatkohoitoyksikön välinen hoitoketju toimisi parhaalla mahdollisella tavalla. (Lukkarinen ym. 2012, 4).

Siirtokriteerit helpottavat ja ovat yhdessä kriittisen ajattelun kanssa luotettava väline päätöksenteossa. (Naski ym. 2012, 10). Siirtokriteerit perustuvat tiettyjen elintoimintojen palautumiseen riittävälle tasolle ja niiden avulla arvioidaan potilaan siirtokelpoisuutta vuodeosastolle. Siirtokriteereitä ovat esimerkiksi 1) verenkierto 2) hengitys 3) tajunnantaso 4) liiketoiminnot 5) kipu 6) pahoinvointi 7) lämpötila 8) virtsaneritys 9) verenvuoto 10) jatkohoito-ohjeet. (Lukkarinen ym. 2012, 5; 32-33.)

4.5.1 Verenkierto

Potilaan verenkiertoa arvioidaan seuraamalla verenpainetta, sydämen sykettä ja rytmiä (Lukkarinen ym. 2012, 7). Potilaan verenkierron seuranta ja sen turvaaminen vaatii hyvää ammattitaitoa. Potilaan verenkiertoa seurataan laitteiden avulla, mutta on myös tärkeää kiinnittää huomio potilaan omiin tuntemuksiin ja oireisiin sekä ulkoisiin merkkeihin. Hyvän verenkierron merkkejä on lämmin, kuiva ja normaalin värinen iho. Huonon verenkierron merkkejä taas on ihon kalpeus, huulten sinerrys ja kylmänhikisyys. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 352; Saastamoinen, Hietanen, Juvonen & Monto 2010, 152.)

Verenpaineella tarkoitetaan ihmisen valtimoverisuonissa vallitsevaa painetta (Rautava-Nurmi ym. 2012, 353). Postoperatiivisessa vaiheessa verenpainetta seurataan usein ja mikäli potilaan verenpaine on matala tai korkea on siihen syytä kiinnittää huomiota. Matalaa verenpainetta eli hypotensiota voi aiheuttaa esimerkiksi vuoto, lääkkeet, anestesiategniikat, yliherkkyys, verenmyrkytys tai sydämen hapenpuute. Korkea verenpaine voi johtua kivusta, liiallisesta nesteytyksestä, täydestä virtsarakosta, hypoksemiasta, hypotermiasta tai potilaan pelosta ja ahdistuksesta. (Lukkarinen ym. 2012, 8; Lukkari ym. 2007, 379.)

Potilaan sykettä tulee seurata, sillä se antaa nopeasti tietoa potilaan sydämen lyönneistä, verenkierrosta ja verenpaineesta (Saastamoinen ym. 2010, 152). Muutokset potilaan sykkeessä voivat kertoa esimerkiksi vakavasta sydämen toimintahäiriöstä (Rautava-Nurmi ym. 2012, 352). Sykkeestä tunnustellaan sormin sen voimakkuutta, tasaisuutta ja nopeutta, mutta pelkkä tunnustelu ei välttämättä riitä kertomaan millaisesta mahdollisesta rytmihäiriöstä on kyse. Tämän vuoksi sydämenrytmiä seurataan monitorista EKG-käyrän avulla ja siitä voidaan nähdä millainen sydämen rytmi on ja onko mahdollisia johtumishäiriöitä. (Saastamoinen ym. 2010, 152-153.)

4.5.2 Hengitys

Heräämössä hengitystä tarkkaillaan lähinnä pulssioksimetrin avulla, jolla mitataan valtimoveren happikylläisyyttä. Laitteella siis mitataan hapettuneen hemoglobiinin osuutta kokonaishemoglobiinista ja tätä osuutta kutsutaan happisaturaatioksi. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen, 2004, 184.) Hengitystä on tärkeää seurata kuitenkin myös kliinisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että seurataan esimerkiksi potilaan hengitystaajuutta ja hengityksen syvyyttä, apulihasten käyttöä, ihon väriä sekä hengityssääniä. (Lukkari ym. 2007, 378; Lukkarinen ym. 2012, 12.) Yleensä heräämössä tulevat hengitysvaikeudet johtuvat hypoksiasta, hypoventilaatiosta tai ylä- ja alahengitysteiden ahtautumisesta. Hypoksemia tarkoittaa sitä, etteivät kudokset saa tarpeeksi happea ja pulssioksimetrin lukemat ovat alle 90%. Hypoventilaatio tarkoittaa riittämätöntä keuhkorakku-

latuuleetusta eli hengitys on hidasta ja pinnallista. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 321; Lukkari ym. 2007.)

Ylä- ja alahengitysteiden ahtautuminen johtuu yleensä liman kertymisestä nieluun ja henkitorveen tai kielen painumisesta takanieluun (Lukkari ym. 2007, 378). Näitä pystytään estämään nostamalla potilaan sängynpäätyä ja antamalla lisähappea viiksien tai maskin avulla (Lukkarinen ym. 2012, 13; Lukkari ym. 2007, 378). Tarvittaessa limaa voidaan imeä imulla, jos potilas ei itse jaksa tai pysty poistamaan limaa yskimällä (Rautava-Nurmi ym. 2012, 335). Seuraavissa taulukoissa 2. ja 3. on esitetty viitearvoja aikuisen potilaan hengitysfrekvenssistä ja happisatuaatiosta.

Taulukko 2. Aikuisen hengitysfrekvenssi

Hegitysvaje	Hegitystaajuus (x/min)
Normaali	12-20/min
Lievä	20-25/min
Keskivaikea	25-30/min
Vaikea	30-40/min
Uhkaava romahdus	Alle 10/min tai yli 40/min

(Rautava-Nurmi ym. 2012, 319-320)

Aikuisen ihmisen normaali hengitysfrekvenssi eli se kuinka monta kertaa hän hengittää minuutin aikana on 12-20 kertaa. Ihminen kärsii lievästä hengitysvajeesta jos hengitystaajuus on 20-25/min, keskivaikeasta jos hengitystaajuus on 25-30/min ja vaikeasta jos hengitystaajuus on 30-40/min. Tilanne on erittäin vakava silloin kun potilaan hengitystaajuus on joko alle 10 kertaa minuutissa tai sitten yli 40 kertaa minuutissa. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 319-320.)

Taulukko 3. Aikuisen happisaturaatio

Hypoksian vaikeusaste	Happisaturaatio arvo (%)
Normaali	97-100%
Lievä	92-95%
Keskivaikea	80-90%
Vaikea	Alle 80%

(Rautava-Nurmi ym. 2012, 328-329)

Aikuisen ihmisen normaali happisaturaatio eli hapettuneen hemoglobiinin osuus valtimoverestä on 97-100%. Ihminen kärsii lievästä hypoksiasta jos happisaturaatio on 92-95% ja keskivaikeasta jos happisaturaatio on 80-90%. Vaikeassa hypoksiassa happisaturaatio on alle 80%. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 328-329.)

4.5.3 Tajunnantaso

Tajunnantaso on tärkeä seurata ja arvioida heräämöhoidon aikana. Ennen potilaan siirtoa vuodeosastolle potilaan on oltava tajuissaan ja helposti heräteltävissä. Tässä korostuu potilaan orientoituminen aikaan, paikkaan ja tilanteeseen. (Lukkarinen ym. 2012, 14; Rautava-Nurmi ym. 2012, 90.)

Tajunnantaso pystytään arvioimaan keskustelemalla ja esittämällä kysymyksiä potilaalle (Lukkari ym. 2007, 366). Viivästyneeseen heräämiseen ja potilaan uneliaisuuteen voi johtaa esimerkiksi lääkitys, anestesian pituus, verensokeri, kipu, täysi virtsarakko ja hypovolemia. Heräämössä tällaisten potilaiden lääkityksen kanssa täytyy olla erityisen tarkka, etteivät lääkkeet vaikuta liikaa tajunnantagoon. (Lukkarinen ym. 2012, 15-16.)

4.5.4 Liiketoiminnot

Liiketoiminnoilla tarkoitetaan lähinnä potilaan lihastoiminnan arvioimista. Sen avulla saadaan tietoa siitä, onko anestesian aikana käytetyt lääkeaineet poistuneet

elimistöstä. (Lukkarinen ym. 2012, 17.) Nukutetun potilaan lihasvoimaa voidaan arvioida pyytämällä häntä nostamaan päätään tyynyltä tai puristamaan kättäsi (Lukkari ym. 2007, 367).

Puudutettuna olleen potilaan lihastoiminnan palautumisessa seurataan puudutuksen poistumista elimistöstä. Puudutuksen poistumista voidaan seurata kokeilemalla puutuneen alueen laajuutta ja tuntorajoja. Lihasvoiman palautumista spinaali- tai epiduraalipuudutuksen jälkeen seurataan pyytämällä potilasta koukistamaan ja nostamaan alaraajoja tai liikuttamaan jalkateriä. (Lukkari ym. 2007, 367.)

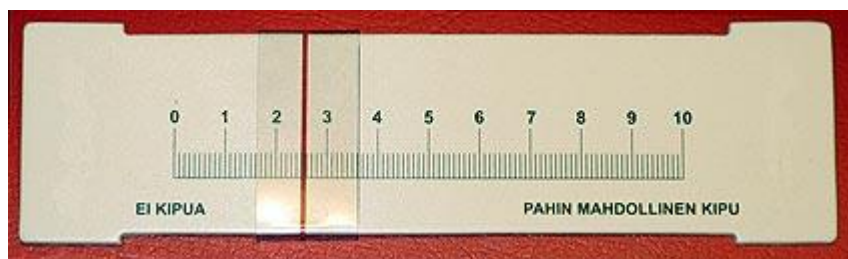
4.5.5 Kipu

Leikkaukset aiheuttavat aina kipua, mutta se voi hoitamattomana aiheuttaa vakaviakin komplikaatioita (Lukkarinen ym. 2012, 25). Postoperatiivisen kivun hoito voi olla hankalaa, sillä kivun tunteminen on subjektiivista ja kaikki eivät näytä sitä samalla tapaa. Postoperatiivisen kivun esiintymiseen, voimakkuuteen, kestoon ja laatuun vaikuttavat esimerkiksi valmistautuminen leikkaukseen, toimenpiteen kohde ja luonne, anestesiamenetelmä ja -tekniikka sekä kirurgisten komplikaatioiden esiintyminen. Postoperatiivisen kivun voimakkuuteen vaikuttaa eniten leikkauksipaikan paikka. Kivuliaimpia ovat rintaontelo-, ylävatsa- ja munuaisleikkaukset. (Rosenberg, Alahuhta, Lindgren, Olkkola & Takkunen 2006, 838-839.) Kivun voimakkuuden lisäksi heräämössä arvioidaan kivun laatua, kestoa, sijaintia ja esiintymistiheyttä säännöllisin väliajoin (Lukkarinen ym. 2012, 28).

Voimakkaimmillaan kipu on heti leikkauksen jälkeen, kun anestesia-aineet alkavat poistua elimistöstä eivätkä enää viekään kipua pois. Leikkauksen jälkeinen kipu voi aiheuttaa esimerkiksi verenpaineen ja sykkeen vaihtelua, rytmihäiriöitä, hengitysongelmia, pahoinvointia, levottomuutta ja sydänlihaskeskittymää. Akuutti kipu saattaa kroonistua ja se voi myös pidentää sairaalassaoloaika. (Lukkarinen ym. 2012, 26-27; Rosenberg ym. 2006, 839.)

Kipua voidaan arvioida seuraamalla ulkoisia merkkejä, joita on esimerkiksi jännittäminen, varominen ja irvistely. Kipua arvioitaessa potilaan oma arvio on kuitenkin tärkein, sillä hän on kipunsa paras asiantuntija. Kipua voidaan mitata myös

erilaisten kipumittarien avulla ja ne voivat olla kuvailevia- tai numeroasteikkoja. Yleisimmin käytetään VAS-asteikkoa, jossa on numerot 0-10 ja nolla tarkoittaa ei kipua ja kymmenen tarkoittaa pahinta mahdollista kipua. Lapsilla käytetään usein kasvoasteikkoa, jossa kasvojen ilmeet kertovat koetusta kivusta. (Vainio 2009; Rosenberg ym. 2006, 839.)



(Vaasan keskussairaala 2011)

Kuvio 1. Numerojana kipumittari

4.5.6 Pahoinvointi

Pahoinvointi ja oksentelu ovat hyvin yleisiä anestesian aiheuttamia sivuvaikutuksia leikkauksen jälkeen (Lukkari ym. 2007, 375). Heräämössä pahoinvoinnista kärsii noin 25-30 %. Pahoinvointi ilmenee yli puolessa tapauksista kahden ensimmäisen postoperatiivisen tunnin aikana. (Lukkarinen ym. 2012, 23.) Oksentaminen leikkauksen jälkeen lisää aspiraatio riskiä ja voi johtaa kuivumiseen sekä elektrolyyttihäiriöihin (Rosenberg ym. 2006, 782).

Postoperatiivisen pahoinvoinnin riskitekijöitä ovat esimerkiksi naissukupuoli, aiempi postoperatiivinen pahoinvointi, anestesian ja leikkauksen pituus, ikä sekä anestesia-aineet. Erityisesti lapsilla ja nuorilla oksentaminen on yleisempää kuin aikuisilla. Heillä ei kuitenkaan välttämättä ole tunnetta pahoinvoinnista. (Purhonen 2006, 43; Rosenberg ym. 2006, 783-784.)

Postoperatiivisessa vaiheessa pahoinvoinnista seurataan sen voimakkuutta ja ilmenemistä sekä vaikutuksia, hoitotoimenpiteiden vaikutuksia lievittymiseen ja annettavien lääkkeiden tehoa. Pahoinvointi aiheuttaa fyysisiä haittavaikutuksia joita ovat esimerkiksi verenpaineen nousu ja vuotoriski. Psykkisesti potilas ko-

kee epämiellyttävää olo, pelkoa ja tyytymättömyyttä leikkaukseen. Pahoinvointia pyritään lievittämään erilaisilla keinoilla. (Lukkarinen ym. 2012, 24-25.)

4.5.7 Lämpötila

Anestesian tai puudutuksen aikana potilaan ydinlämpötila laskee 1-3 astetta. Heräämössä lämpöä tulisi seurata, koska alilämpöiset potilaat toipuvat anestesiasta normaalilämpöisiä potilaita hitaammin. Potilas voi heräämööseen tullessaan olla normaalilämpöinen, mutta jopa 70 %:lla lämpötila voi laskea alle ydinlämmön heräämöhoidon aikana. Alilämpö eli hypotermia altistaa potilaan eri komplikaatioille ja näin ollen pidentää hoitoaikaa heräämössä. (Lukkarinen ym. 2012, 20-21.)

Postoperatiivisesti lämpötilaa seurataan mittaamalla potilaan ydinlämpöä esimerkiksi korvasta, rakosta tai kainalosta. Alilämpöistä potilasta lämmitetään eri menetelmin ja niiden tehoa seurataan. (Lukkarinen ym. 2012, 20.) Seuraavassa taulukossa 4. on esitetty aikuisen potilaan lämpötilan viitearvoja.

Taulukko 4. Aikuisen lämpötila

Lämpötila	Lämpötila (°C)
Ylilämpöinen	38.1-38.5
Normaalilämpöinen	36-38
Lievä alilämpö	35-36
Kohtalainen alilämpö	30-34
Vaikea alilämpö	Alle 30

(Lukkarinen ym. 2012, 19)

Aikuisen ihmisen normaali ruumiinlämpö on 36-38°C. Ihminen kärsii lievistä alilämmöstä jos ruumiinlämpö on 35-36°C ja kohtalaisesta alilämmöstä jos ruumiinlämpö on 30-34°C. Vaikeasta alilämmöstä puhutaan silloin kun ruumiinlämpö

laskee alle 30°C. Ruumiinlämmön ollessa 38.1-38.5 tai enemmän ihminen on yli-
lämpöinen. (Lukkarinen ym. 2012, 19.)

4.5.8 Virtsaneritys

Leikkaus ja anestesia-aineet voivat usein muuttaa tai vaikeuttaa normaalia virtsaneritystä. Virtsanerityksen ongelmiin johtavat monet eri syyt ja ne voivat aiheuttaa munuaisten vajaatoimintaa. Virtsanerityksen ongelmia on runsasvirtsaisuus tai vähävirtsaisuus. (Lukkari ym. 2007, 381.) Runsasvirtsaisuus tarkoittaa sitä, että potilaan tuntidiureesi on yli 2 ml/kg/h, tällöin on pidettävä huolta elektrolyytitasapainosta, ettei se laske liikaa. Vähävirtsaisten potilaan tuntidiureesi taas on alle 0.5 ml/kg/h, jolloin konsultoidaan lääkäriä. (Lukkarinen ym. 2012, 10.)

Virtsanerityksen ongelmat voivat johtua esimerkiksi maakuuasennosta, kivusta, puudutuksista tai leikkauksesta joka on kohdistunut virtsaelinten alueelle. Usein jo asennon vaihtaminen tai yksityisyyden suoja helpottavat virtsaamista. Rakon täysinäisyyttä voidaan tutkia palpoimalla alavatsaa tai mittaamalla virtsarakon tilavuutta ultraäänilaitteella. (Lukkarinen ym. 2012, 8; Lukkari ym. 2007, 381.) Katetroidulla potilaalla virtsan määrää seurataan tunnin välein ja tuntidiureesin tulisi olla 0,5-1 ml/kg/h. Virtsan väriä on myös tärkeä seurata, sillä se voi kertoa potilaan kuivumisesta. (Lukkarinen ym. 2012, 10.)

4.5.9 Verenvuoto

Verenvuotoa voidaan seurata leikkaushaavan sidoksista ja mahdollisesta laskuputkesta. Leikkausaluetta ympäröivää ihoa on hyvä tarkkailla, sillä verenvuoto kudoksiin voi aiheuttaa hematoomia ja turvotusta. (Lukkarinen ym. 2012, 18; Lukkari ym. 2007, 367.) Mahdolliset verenvuodot näkyvät myös potilaan hemoglobiiniarvon muutoksissa. Hemoglobiinin tavoitearvo ei ole kaikilla potilailla sama ja osa potilaista saattaa sietää hyvin suurtakin väliaikaista veriarvon laskua. Tällöin on kuitenkin varmistettava, että potilaan hapetuksesta ja veritilavuudesta pidetään huolta. Ensihoitona veritilavuuden korvaukseen ja ylläpitoon käytetään Ringerin liuosta ja plasmankorvikkeita. Jos veritilavuus ei korvaannu näillä, arvioidaan jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti tarvitseeko hän mahdollisesti pu-

nasoluja. (Rosenberg ym. 2006, 375.) Leikkaushaavan verenvuodon ollessa jatkuvaa ja/tai lisääntyvää konsultoidaan leikannutta kirurgia tai anestesia lääkäriä (Lukkarinen ym. 2012, 17).

4.5.10 Jatkohoido-ohjeet

Jatkohoitopaikkaan siirtymisestä päättää anestesia lääkäri, joka arvioi yhdessä sairaanhoitajan kanssa potilaan siirtokelpoisuutta. Anestesia lääkäri kirjaa jatkohoitomääräykset anestesiakaavakkeeseen. Nämä määräykset koskevat potilaan kivunhoitoa, nestehoitoa ja seuranta ja yleensä näillä ohjeilla mennään seuraavaan aamuun asti, mikäli potilaan voinnissa ei tapahdu merkittäviä muutoksia. (Lukkari ym. 2007, 382.)

Siirtokriteerien täytyessä heräämön sairaanhoitaja ottaa yhteyttä jatkohoitopaikkaan ja pyytää heitä hakemaan potilaan. Siirtotilanteessa vastaanottavalle hoitajalle annetaan suullinen ja kirjallinen raportti, jossa keskitytään heräämövaiheeseen, mutta kerrotaan myös lyhykäisesti intraoperatiivisestavaiheesta. (Lukkari ym. 2007, 382.)

5 SIIRTOKRITEERIT VKS:N HERÄÄMÖSSÄ

Vaasan keskussairaalan heräämössä on tällä hetkellä käytössä heräämööstön lääkärin Jarkko Salmisen hyväksymät siirtokriteerit. Tätä siirtokriteeristöä on päivitetty viimeksi vuonna 2011 ja siinä on kaksitoista kriteeriä joiden tulee täytyä ennen potilaan siirtoa osastolle. Nämä kriteerit ovat:

- 1) Hengitys
- 2) Verenpaine ja pulssi
- 3) Tajunnantaso
- 4) Kipu
- 5) Puutuminen
- 6) Pahoinvointi
- 7) Diureesi
- 8) Verenvuoto
- 9) Palelu
- 10) Turvallisuus
- 11) Hoito- ja seurantaohjeet osastolle
- 12) Jatkohoito

(Salminen 2011)

6 PROJEKTIN TOTEUTUS

Tässä luvussa käydään läpi opinnäytetyön toteutusta vaiheittain ja esitellään yhteistyötä Vaasan keskussairaalan heräämösaston kanssa, josta kerättiin materiaalia työhön.

6.1 Alustavat taustaselvittelyt

Jokaista projektia varten täytyy aina tehdä taustaselvityksiä, joiden pohjalta sidosryhmien tarpeet ja näkemykset selkeytyvät sekä saadaan tietoa meneillään olevista aiheeseen liittyvistä kehittämisprosesseista. Taustaselvityksen avulla varmistetaan, että projekti on rajattu tarkoituksenmukaisesti ja, että se soveltuu toimintaympäristöönsä. Taustaselvityksillä pyritään myös varmistamaan hankkeen tulosten keskeisyys. (Silfverberg 2007, 18.)

Aihe tähän toiminnalliseen opinnäytetyöhön saatiin syyskuussa 2012, perioperatiivisen hoitotyön lehtorilta Riitta Koskimäeltä. Aihe tuntui heti mielenkiintoiselta ja omalta, sillä olimme halunneetkin tehdä toiminnallisen opinnäytetyön jota voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä. Opinnäytetyön aihe hyväksyttiin ensin Vaasan ammattikorkeakoulun terveystieteiden osaston johtajalla syyskuun 2012 lopussa. Luvan saamisen jälkeen laitettiin sähköpostia Vaasan keskussairaalan heräämösaston johtajalle ja kysyttiin olisiko heillä tarvetta tällaiselle tarkistuslistalle. He olivat kiinnostuneita aiheesta ja sovimme ensimmäisen tapaamisen marraskuulle.

Työelämän yhteistyökumppanin varmistumisen jälkeen alettiin selvittää minkälaisia tutkimuksia ja artikkeleita tästä aihepiiristä on aikaisemmin tehty. Aiheeseen liittyviä artikkeleita ja tutkimuksia löytyi hoitotieteellisistä lehdistä sekä tietokannoista kuten Medicistä. Itse tarkistuslistasta ei oikeastaan löytynyt aikaisempia julkaisuja vaan ne kaikki liittyivät WHO:n tekemään tarkistuslistaan, joka on suunniteltu leikkaussaleihin eri puolilla maailmaa. WHO:n leikkaussalin tarkistuslistaa käsittelevissä artikkeleissa kuitenkin kannustettiin työyhteisöjä muokkaamaan tarkistuslistaa omia tarpeita vastaavaksi. Artikkeleita ja tutkimuksia etsittäessä löydettiin myös tietoa siitä, että Suomen anestesia- ja sairaanhoitajat ry:n koulu-

tuspäivillä syksyllä 2012 oli aiheena siirtokriteerit heräämöstä vuodeosastolle, jotka on otettu käyttöön Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Tämän selvittelyn jälkeen todettiin, että opinnäytetyön aiheesta ei ole vielä kovinkaan paljon tieteellistä tietoa vaikka se on ajankohtainen.

Opinnäytetyön työstäminen aloitettiin lokakuussa 2012 tutkimussuunnitelman tekemisellä. Tutkimussuunnitelmassa käsiteltiin opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet, keskeisimmät käsitteet, oman projektin swot-analyysi sekä alustava aikataulu. Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin ensin ohjaavalla opettajalla 5. helmikuuta ja tämän jälkeen se lähetettiin Vaasan keskussairaalan opetuslihoitajalle, joka hyväksyi suunnitelman 11. helmikuuta muutaman pienen korjauksen jälkeen. Lopullinen lupa opinnäytetyön tekemiselle saatiin siis helmikuussa 2013.

6.2 Alustava rajausta ja lisäselvittelyt

Taustaselvitysten pohjalta projektin aihetta rajataan sen mukaan mitä sillä oikeasti halutaan saada selville ja mitä saaduilla tuloksilla pyritään osoittamaan. Aiheen rajaaminen voi olla ongelmallista, mutta kvalitatiivisten tutkimusten ongelmanasettelu on kuitenkin joustavampaa. Kvalitatiivinentutkimustapa valitaankin usein silloin, kun aihealue on jokseenkin kartoittamatonta ja ennakoimatonta. Tutkimusongelma täytyy kuitenkin olla tarpeeksi selkeä ja rajattu, jotta ulkopuolinen lukija ymmärtää projektin mahdollisuudet onnistua. Tutkimusongelman on oltava myös tarpeeksi yleinen, jotta projekti pystytään toteuttamaan joustavasti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 81-82.)

Materiaalin kerääminen opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen aloitettiin helmikuussa 2013. Tietoa haettiin hoitotieteellisistä artikkeleista ja tietokannoista sekä aiheeseen liittyvistä kirjoista. Tiedonhakuun käytettiin suomenkielisiä ja kansainvälisiä tietokantoja. Suomenkielisistä tietokannoista hakuja tehtiin Medici ja Terveysporttitietokannoissa. Hakusanoina käytettiin esimerkiksi seuraavia sanoja: postoperatiivinen, hoitotyö, postoperatiivinen hoitotyö, potilasturvallisuus, tarkistuslista, heräämö, siirtokriteerit ja leikkausosasto. Näillä hakusanoilla osalla saatiin kymmeniä ja osalla satoja hakutuloksia. Osa näistä hakutuloksista ei kuitenkaan liittynyt täysin aiheeseen, joten niitä jouduttiin rajaamaan paljon. Lisäksi

hakutuloksia rajattiin myös niiden ilmestymisvuoden mukaan niin, että pyrittiin käyttämään vain alle 10 vuotta vanhoja aineistoja. Muutamaa yli 10 vuotta vanhaa lähdettä käytettiin, mutta niistä saatu tieto ei ole vanhentunut vielä tänäkään päivänä. Aineistoista pyrittiin myös etsimään sellaista tieteellistä tietoa jota voidaan soveltaa yleisesti kaikkien leikkauspotilaiden heräämöhöitoon, eikä vain esimerkiksi johonkin tiettyyn potilasryhmään.

Kansainvälisistä tietokannoista hakuja tehtiin PubMed- ja Cinahaltietokannoista ja hakusanoina käytettiin seuraavia sanoja: checklist, postoperative care, patient safety ja recovery room. Suomenkielisistä tietokannoista hakusanoilla löytyi paljon aiheeseen liittyvää tietoa, mutta ongelmana osassa oli se, ettei niitä saanut auki, koska kyseisiä aineistoja ei oltu julkaistu sähköisessä muodossa. Kansainvälisistä tietokannoista käytetyillä hakusanoilla löytyi yleisesti paljon tietoa ja etenkin potilasturvallisuudesta sekä tarkistuslistasta tietoa oli saatavilla paljon. Tarkistuslista hakusanalla saadut tiedot kuitenkin painoutuivat lähinnä WHO:n kehittämään tarkistuslistaan, jota käytetään leikkaussaleissa.

6.3 Yhteistyö osaston kanssa ja työsuunnittelu

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin tapaamisella Vaasan keskussairaalan heräämön osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan kanssa marraskuussa 2012. Tässä tapaamisessa käytiin läpi opinnäytetyön aihe ja mahdollinen toteutus pääpiirteissään, jotta he saivat käsityksen siitä mitä on tarkoitus tehdä. Tämän jälkeen lähdettiin työstämään tarkempaa työsuunnitelmaa, johon kyseltiin tarvittaessa tietoa osastonhoitajalta sähköpostitse. Osastolta saatiin myös materiaalia heidän tämän hetkistä siirtokriteereistään.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastattelemalla neljää kokenutta osaston hoitajaa sekä lääkäriä. Lääkärin haastattelu oli osaston hoitajan mielestä tärkeää, sillä lääkäri on se, joka lopulta määrittää mitkä ovat hyvät siirtokriteerit heräämöstä osastolle. Haastattelujen toteuttamisesta keskusteltiin osastonhoitajan kanssa ja päätettiin, että hoitajien haastattelut tehdään parihaastatteluna kaksi hoitajaa kerrallaan. Lääkärinhaastattelu sovittiin erikseen hänen kanssaan. Haastatteluun osallistuvien hoitajien ainoa kriteeri oli, että he olisivat työskennelleet heräämötöissä yli 5

vuotta, jotta heillä olisi tarpeeksi kokemusta heräämötöystä. Tämän kriteerin perusteella osastonhoitaja valitsi neljä haastatteluun osallistuvaa hoitajaa, jotka olivat työskennelleet Vaasan keskussairaalan heräämössä yli 5 vuotta. Ennen haastatteluja lähetimme hoitajille saatekirjeen (LIITE 1), jonka he allekirjoittivat suostumukseksi haastatteluun.

Haastattelu oli teemahaastattelu, koska haluttiin, että keskustelu olisi mahdollisimman vapaata ja samalla hoitajien välille syntyisi vuoropuhelua. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, jossa haastattelija on valmiiksi laatinut teemat tai keskustelun aihepiirit. Itse haastattelu ei kuitenkaan ole strukturoitu vaan kysymyksiä voidaan tämentää ja niiden järjestystä voidaan vaihdella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97.) Teemahaastattelun aihepiirit oli siis määriteltä etukäteen, mutta haastattelurungossa (LIITE 2) kysymyksille ei ollut asetettu oikeita vastauksia vaan annettu mahdollisia esimerkkejä. Tällä pyrittiin siihen, että hoitajat saivat itse esittää omia mielipiteitään ja ajatuksiaan tarkistuslistaan liittyen. Haastattelun aikana tutkijan onkin annettava haastateltavien puhua vapaasti, mutta samalla kuitenkin rajattava keskustelua. (Kankkunen ym. 2007, 97). Haastattelurunko lähetettiin hoitajille hyvissä ajoin ennen haastattelua, jotta he pystyivät tutustumaan siihen etukäteen.

Haastattelujen ajankohdat sovittiin osastonhoitajan kanssa ja ne ajoituivat kello kahdeksaan aamulla, jolloin heräämössä ei vielä ole potilaita kun leikkaukset ovat vasta alkaneet. Osastonhoitaja oli järjestänyt haastatteluille hyvin aikaa ja heräämöllä oli koko ajan henkilökuntaa paikalla, jolloin haastateltavilla hoitajillakaan ei ollut niin kiire takaisin töihin ja he pystyivät kunnolla keskittymään haastatteluun. Hoitajien haastattelut kestivät kokonaisuudessaan noin 30 minuuttia ja jokainen oli mukana aktiivisesti sekä hoitajien välille syntyi vuoropuhelua, juuri kuten haluttiin. Haastattelujen aikana molemmat kirjoittivat muistiinpanoja ja ne käytiin sitten yhdessä läpi. Haastattelujen nauhoittaminen koettiin tarpeettomaksi ja kun molempien haastattelijoiden tekemät muistiinpanot täydensivät hyvin toisiaan. Haastatteluista kirjoitetut muistiinpanot hävitettiin asianmukaisesti niiden käsittelyn jälkeen.

Lääkärin haastattelu sovittiin erikseen ja siinä paikalla oli vain heräämön osaston vastaava lääkäri sekä itse haastattelijat. Lääkäri itse ehdotti haastatteluajaksi ilta-päivää, jonka jälkeen sovimme yhdessä sopivan päivän. Tämä haastattelu tehtiin lääkärin työajalla, mutta hän oli itse järjestänyt sille aikaa, ettei hänen tarvinnut kesken lähteä mihinkään. Tämäkin haastattelu toteutettiin haastattelurungon (LII-TE 2) pohjalta. Lääkärin haastattelu oli kuitenkin hieman erilainen, koska häneltä haluttiin tarkempaa tietoa siitä mitkä ovat oikeasti tärkeitä siirtokriteereitä, jotta tarkistuslista toimisi parhaiten käytännön hoitotyössä ja juuri Vaasan keskussairaalan heräämössä. Lääkärin haastattelulla haluttiin saada myös tietoa erilaisista siirtokriteerien raja-arvoista kuten esimerkiksi hapetuksen saturaatiosta. Tässäkin haastattelussa molemmat haastattelijat tekivät muistiinpanoja, jotka sitten laitettiin yhteen ja ne täydensivät hyvin toisiaan.

Ensimmäisessä hoitajien haastattelussa saatiin vielä lisää materiaalia Vaasan keskussairaalan tämänhetkisistä siirtokriteereistä, jotka he olivat unohtaneet antaa aikaisemmin saadun materiaalin yhteydessä. Nämä materiaalit olisi ollut hyvä saada ennen haastatteluja, jolloin haastattelut olisi pystytty suunnittelemaan niiden pohjalta eikä olisi kysytty joitain asioita, jotka tuli selville tästä lisämateriaalista. Yhteistyö osaston kanssa toimi hyvin ja koko opinnäytetyön tekemisen ajan oltiin osastonhoitajan kanssa yhteydessä sähköpostitse. Opinnäytetyön ohjaavan opettajan kanssa oltiin myös koko ajan tiiviisti tekemisissä tapaamisten ja sähköpostin välityksellä.

6.4 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimusaineiston keräämisen jälkeen se muutettiin tutkittavaan muotoon sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysi on kvalitatiivisten aineistojen perusanalyysimenetelmä ja sillä tarkoitetaan kerätyn tutkimusaineiston tiivistämistä sellaiseen muotoon, että ilmiöitä pystytään kuvaamaan yleistävästi ja lyhyesti. Samalla se tuo esiin ilmiöiden välisiä suhteita. Sisällönanalyysillä pystytään myös erottamaan samanlaisuudet erilaisuuksista ja yhdistelemään samaa tarkoittavat ilmaukset erillisiin luokkiin. Sisällönanalyysissä tarkastellaan jo olemassa olevia teksti-

tai kuvamuotoja, joita voi olla esimerkiksi raportit, artikkelit ja kirjat. (Kankkunen ym. 2009, 133-134; Janhonen & Nikkonen 2001, 23.)

Sisällönanalyysi-prosessi etenee yleensä tiettyjen vaiheiden mukaisesti. Nämä vaiheet ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. Analyysiprosessista muodostuu kuitenkin erilainen riippuen perustuuko se induktiiviseen vai deduktiiviseen päättelyyn. Induktiivista sisällönanalyysiä käytetään jos asiasta ei ole paljoakaan tietoa tai aikaisempi tieto on hajanaista ja siinä sanat luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Induktiivisen sisällönanalyysin raportointi on aineistolähtöistä ja analyysi etenee vaiheittain pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan. (Kankkunen ym. 2009, 134-135.)

Ensimmäinen vaihe aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on pelkistäminen, joka tarkoittaa jonkin kerätyn aineiston referoimista. Referoitu teksti pohjautuu haastattelujen alkuperäisiin ilmauksiin, jotka tässä projektissa käsittelivät tarkistuslistan kriteerejä ja ulkomuotoa. (Janhonen ym. 2001, 26.) Aineiston analysointi aloitettiin muistiinpanojen auki kirjoittamisella. Muistiinpanojen pohjalta litteroimatonta tekstiä oli 10 sivua. Tämä määrä oli riittävä, koska haastattelujen lopussa keskustelu alkoi toistaa itseään eikä uutta tietoa enää tullut esiin. Tämän jälkeen haastatteluista pyrittiin poimimaan tarkistuslistan kannalta oleelliset asiat. Haastatteluista tehdyn sisällönanalyysin (LIITE 5) pohjalta nousi esiin kaksi pääkategoriaa, jotka ovat siirtokriteerit ja tarkistuslistan ulkomuoto.

Aineiston pelkistämisen jälkeen seuraa aineiston ryhmittely, mikä tarkoittaa sitä, että samaa tarkoittavat ilmaukset yhdistetään omiksi kategorioiksi ja niille annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. Tämän jälkeen seuraa aineiston abstrahointi jolloin syntyy yläkategorioita kun pelkistämisvaiheessa saatuja samansisältöisiä alakategorioita yhdistellään. (Janhonen ym. 2001, 28-29.) Sisällönanalyysin avulla tehdyn kategorioinnin jälkeen oli helpompaa lähteä työstämään valmiita tarkistuslistoja, kun tiedettiin mitä asioita ja missä muodossa Vaasan keskussairaalan heräämö ne tarkistuslistaan haluaa.

6.5 Toteutus eli tarkistuslistan kokoaminen

Hoitajien haastatteluissa selvisi, että he haluaisivat laajemman tarkistuslistan lisäksi heräämön jokaisen potilaspaikan apupöydälle pienen A5-kokoisen listan siirtokriteereistä. Heidän mielestään tämä lista saisi olla suppeampi versio laajasta tarkistuslistasta eli siinä olisi vain yksinkertaisesti siirtokriteerit eikä paljon muuta. Tämän vuoksi päädyttiin siihen, että tehdään laaja tarkistuslista, jonka on tarkoitus tulla kansioon ja seinälle suurennettuna A3-versiona, lisäksi toinen suppeampi tarkistuslista, joka sitten tulee potilaspaikkojen apupöydille.

Tarkistuslistaan tarvittavien materiaalien keräämisen ja siihen tulevien siirtokriteerien päättämisen jälkeen alettiin tehdä itse tarkistuslistaa. Ensimmäinen suunniteltiin laajempi tarkistuslista, jonka pohjalta toteutettiin hoitajien toivoma suppeampi lista. Nämä tarkistuslistat koottiin Microsoft Word-ohjelmalla ja listoista tehtiin erilaisia versioita, jotka lähetettiin Vaasan keskussairaalan heräämöhön, jotta he saivat valita niistä mieleisensä versiot ja tehdä korjausehdotuksia. Korjausehdotuksia ei tehtyihin tarkistuslistoihin juurikaan tullut, mutta osastolta haluttiin vielä apupöydälle ja seinälle sekä kansioon tulevan listan lisäksi pieni taskuversio, joka luvattiin heille toteuttaa. Lääkärin haastattelussa sovittiin, että tarkistuslistaan ei tule kuin muutama raja-arvo, jotka nekin ovat vain suuntaa antavia, koska potilaat ovat aina yksilöitä ja tärkeintä on verrata potilaan arvoja leikkausta edeltäviin arvoihin.

Näiden haastattelujen ja tarkistusten jälkeen tehdyt tarkistuslistat tullessaan esittämään Vaasan keskussairaalan heräämössä lokakuussa 2013. Osastonhoitajan itse ehdotti, että tarkistuslistat esitettäisiin aamulla anestesiahoitajien aamuraportilla. Tämän esittelyn aikana sairaanhoitajille voi tulla vielä joitain muutosehdotuksia tarkistuslistoihin ja ne voidaan sitten vielä tässä vaiheessa muuttaa. Tarkistuslistojen esittely, niitä tulevaisuudessa käyttävälle hoitohenkilökunnalle, lisää niiden luotettavuutta. Lisäksi opinnäytetyö tullessaan esittämään kokonaisuudessaan loka-marraskuussa 2013 erillisessä esitysseminaarissa.

6.6 Projektin seuranta ja arviointi

Onnistuakseen projekti vaatii seuranta- ja arviointia, sillä niiden pohjalta työtä pystytään raportoimaan. Seurantakokoukset, väliarvioinnit ja loppuarviointi kuuluvat raportoinnin lisäksi projektin seurantaan ja arviointiin. Raportoinnin avulla pyritään projektin johtamiseen, mutta samalla sillä informoidaan yhteistyökumppaneita ja kohderyhmiä. (Silfverberg 2007, 48.)

Opinnäytetyön etenemistä on arvioitu koko sen työstämisen ajan yhdessä ohjaavan opettajan ja yhteistyökumppanin kanssa. Ohjausta on saatu sähköpostin ja erillisten tapaamisten avulla. Näissä viesteissä ja tapaamisissa on saatu korjausehdotuksia jo kirjoitettuun työhön ja apua ongelmiin sekä työn etenemiseen. Erityisesti heräämön osastonhoitajan avulla on saatu palautetta heräämösaston henkilökunnalta valmiiden tarkistuslistojen sisällöstä ja ulkomuodosta.

Opinnäytetyön etenemistä seurattiin myös koululla pidettävien väliseminaarien avulla. Ensimmäinen väliseminaari pidettiin viikolla 37 ja toinen viikolla 6. Ensimmäisessä väliseminaarissa meillä ei vielä ollut aihetta, mutta jo toiseen väliseminaariin mennessä aihe ja työsuunnitelma oli hyväksytetty. Väliseminaareissa käytiin läpi opinnäytetöiden aiheita ja etenemistä sekä saatiin tietoa opinnäytetyöhön liittyvistä yleisistä asioista ja aikataulusta. Näiden tietojen pohjalta pystyi suunnittelemaan oman opinnäytetyön aikataulua ja sai tukea opinnäytetyön tekemiseen. Projektia ja sen toteutusta arvioidaan enemmän seuraavassa luvussa.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä luvussa pohditaan ja arvioidaan projektia sekä sen tavoitteiden toteutumista. Lisäksi arvioidaan miten eettisyys ja luotettavuus toteutuivat opinnäytetyössä ko-ko sen tekemisen ajan. Loppuun on listattu jatkotutkimusaiheita, joita tästä aihees-ta voisi toteuttaa.

7.1 Projektin arviointi

Projektin alussa tehtiin SWOT-analyysi, jossa määriteltiin tämän projektin vah-vuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Vahvuuksiksi arvioitiin työelämän yhteistyökumppani, aiheen ajankohtaisuus, työn hyödyntäminen käytännön hoito-työssä ja oman ammattialan kehittäminen. Nämä asiat ovat toteutuneet tässä pro-jektissa. Työelämän yhteistyökumppani osoittautui vahvuudeksi, sillä yhteistyö heidän kanssaan sujui ja saimme aina vastaukset kysymyksiimme. Lisäksi haasta-tellut hoitajat olivat kokeneita heräämötyössä ja valmis tarkistuslista tullaan esit-tämään osastotunnilla. Potilasturvallisuuden parantaminen aiheena on ajankohtai-nen, joten se osoittautui myös vahvuudeksi. Oman ammattialan kehittäminen ja työn tekeminen käytännön hoitotyöhön sopivaksi antoi työntekijöille lisää moti-vaatiota tehdä projektia. Postoperatiivinen tarkistuslista on jatkoa Vaasan keskus-sairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston muille tarkistuslistoille jotka ovat käytössä leikkaussaleissa.

Projektin heikkouksiksi arvioitiin esimerkiksi aikataulun tekeminen, lähdemateri-aalin löytäminen ja tulosten yleistettävyyden. Työn tekemiseen suunniteltu aikataulu piti joten se ei osoittautunut heikkoudeksi. Lähdemateriaalin löytäminen osoittau-tui osittain heikkoudeksi, sillä postoperatiivisista siirtokriteereistä ei juuri ollut materiaalia ja tietoa jouduttiin yhdistelemään monista eri lähteistä. Tulosten yleis-tettävyyden osoittautui heikkoudeksi, mutta projektin tarkoituksena oli kuitenkin tehdä Vaasan keskussairaalan heräämööseen sopiva tarkistuslista, mikä myös tukee tarkistuslistan käyttöönottoa.

Mahdollisuuksiksi tälle projektille määriteltiin esimerkiksi potilasturvallisuuden parantaminen, jälkikomplikaatioiden väheneminen, hoitajien työn yhtenäistämi-

nen ja tarkistuslistan hyödyntäminen uusien hoitajien perehdytyksessä. Nämä kaikki asiat ovat erittäin tärkeitä ja mahdollisuuksien määrittelyllä näkee, että tällaisella halvalla ja yksinkertaisella työkalulla, kuten tarkistuslista, voidaan parantaa hoitoa heräämössä. Mahdollisuuksien toteutumista on kuitenkin vielä vaikea arvioida, koska tulokset nähdään vasta kun tarkistuslista on ollut jonkun aikaa käytössä.

Uhiksi tälle projektille arvioitiin tarkistuslistan riittävä kattavuus, mahdolliset kulut, aikataulussa pysyminen ja se, ettei valmista tarkistuslistaa otettaisi käyttöön. Projektin tekemisessä pysyttiin aikataulussa ja tarkistuslistasta saatiin Vaasan keskussairaalan heräämön sopiva ja tarpeeksi kattava. Tarkistuslistan käyttöönottoaminen voi vielä muodostua uhaksi, jos tarkistuslistaa ei otettaisikaan käyttöön, mutta tällä hetkellä osasto ainakin pitää listaa tarpeellisena. He haluavat myös, että tarkistuslista mennään esittelemään heille, mikä osaltaan tukee listan käyttöönottoa.

7.2 Tavoitteiden toteutuminen

Opinnäytetyön tavoitteena oli postoperatiivisen tarkistuslistan avulla parantaa potilasturvallisuutta ja yhtenäistää heräämön hoitajien toimintatapoja. Postoperatiivisesta tarkistuslistasta tuli selkeä ja kattava vaikka se pyrittiin pitämään mahdollisimman tiiviinä. Hyvä yhteistyö työelämäkumppanin kanssa mahdollisti sen, että tarkistuslistasta tuli juuri heidän tarpeitaan vastaava, koska he pääsivät itse vaikuttamaan lopputulokseen. Potilasturvallisuuden parantumista on vielä vaikea arvioida, sillä tarkistuslistaa ei ole vielä otettu kunnolla käyttöön. Hoitajien toimintatapojen yhtenäistämiseen tarkistuslista on jo vaikuttanut kun he saivat yhdessä pohtia mikä tarkistuslistamalleista olisi paras ja jo haastattelu vaiheessa osa hoitajista mietti millainen tarkistuslista palvelisi heitä parhaiten. Toimintatapojen yhtenäistäminen tulee kuitenkin vasta paremmin esille kun tarkistuslista on ollut hetken käytössä. Työntekijät uskovat, että tarkistuslista otetaan käyttöön ja, että sen avulla asetetut tavoitteet toteutuvat.

7.3 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen tekemiseen liittyy monia eettisiä kysymyksiä ja eettisyyttä voidaan pitää tutkimuksen perustana. Tutkimuksen tekijöiden on tunnettava tutkimuseettiset periaatteet ja osattava toimia niiden mukaan. (Kankkunen ym. 2009, 172; Hirsijärvi ym. 2007, 23.) Erityisen tärkeää tutkimusetiikan mukaan on, että tutkija pyrkii minimoimaan tutkittaville aiheutuvat mahdolliset haitat tai epämukavuudet, joita voivat olla fyysiset, emotionaaliset, taloudelliset tai sosiaaliset haitat. Hoitotieteelliset tutkimukset usein käsittelevät sensitiivisiä aiheita, jolloin tutkijan täytyy osata suhtautua tutkittavien kokemuksiin neutraalisti ja turvattava tutkittavan turvallisuus. Hoitotieteellisissä tutkimuksissa on myös tärkeää, että esimerkiksi itsemääräämisoikeus, vapaaehtoisuus ja anonymiteetti toteutuvat. (Kankkunen ym. 2009, 177, 179.)

Tässä opinnäytetyössä eettiset kysymykset liittyivät lähinnä siihen, että suojattiin haastateltavien anonymiteetti, hävitettiin haastattelumateriaalit asianmukaisesti ja haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista. Eettisyyttä lisäsi se, että haastatteluihin osallistuneet hoitajat antoivat kirjallisen luvan haastatteluun ja heillä oli mahdollisuus keskeyttää haastattelu missä vaiheessa tahansa. Tutkimusta tehdessä tutkijoiden ei myöskään tarvinnut miettiä aiheutuuko tutkittaville jotain haittaa, koska tutkimuksessa ei kysytty mitään sensitiivistä tai henkilökohtaista.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuudella tarkoitetaan osittain validiteettia eli onko tutkimuksella saatu vastaus siihen mihin haluttiin. Tutkimuksessa uskottavuutta pystytään lisäämään tulosten selkeällä kuvauksella ja projektin analysoinnilla, jossa tulee esiin tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa hyvä tutkimusaineiston analysointi tarkoittaa sitä, että tutkija on perehtynyt aineistoon ja tehnyt sen pohjalta luokittelua eri kategorioihin. (Kankkunen ym. 2009, 152, 160.)

Tämän opinnäytetyön uskottavuutta lisäävät luotettavista lähteistä kerätyt aineistot ja niiden runsaus. Kerätyt aineistot ovat pääasiassa alle 10 vuotta vanhoja ja tiedonhakua on tehty suomenkielisistä tietokannoista kuten Medicistä ja ulkomaisis-

ta tietokannoista kuten Chinalista. Vaasan keskussairaalan heräämöstä saatuja jo olemassa olevia, lääkärin tarkistamia, siirtokriteerejä on myös pyritty käyttämään mahdollisimman paljon hyödyksi. Lisäksi luotettavuutta lisää se, että tutkijat lähettivät monia tarkistuslistaehdotuksia heräämööseen, jolloin sen hoitajat saivat valita parhaan mallin ja ehdottaa mahdollisia muutoksia. Tämän opinnäytetyön pohjalta tuotettavaan tarkistuslistaan on myös kysytty lupa saada käyttää sairaalan logoa ja osaston nimeä, mikä osaltaan lisää tutkimuksen luotettavuutta.

7.4 Jatkotutkimusaiheet

Tätä projektia tehdessä huomattiin kuinka tärkeä aihe on potilasturvallisuuden kannalta ja mieleen tuli muutama jatkotutkimusidea aiheeseen liittyen.

- 1) Postoperatiivisen tarkistuslistan vaikutukset potilasturvallisuuteen
- 2) Miten postoperatiivinen tarkistuslista on otettu heräämössä käyttöön?
- 3) Tietyn potilasryhmän omaehtoinen postoperatiivinen tarkistuslista
- 4) Miten tarkistuslistaa on käytetty uuden työntekijän perehdytyksessä?
- 5) Ovatko hoitotyönopiskelijat tunteneet, että tarkistuslistasta on hyötyä harjoittelun aikana?

LÄHTEET

Helovu, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki. Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajajärvi, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu. Tammi.

Ikonen, T. 2010. Mikä on leikkauspotilaan tarkistuslista? Suomen sairaalahygienialehti.

Ikonen, T., Aarnio, P., Kangasmäki, E., Karjalainen, K., Kontsas, T., Kujala, R., Pauniah, S.-L., Saario, I., Savunen, T. & Sivula, H. 2009. Tarkistuslista vähentää virheitä leikkaussaleissa. Suomen lääkirilehti vsk 64, 6, 517.

Janhonen. S. & Nikkonen. M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.

Kankkunen. P. & Vehviläinen-Julkunen. K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M.-L. & Hietanen, H. 2004. Hoitotyönosaaminen. Helsinki. WSOY.

Lehtinen, U. & Niinimäki, S. 2005. Asiantuntijapalvelut – tuotteistamisen ja markkinoinnin suunnittelu. Helsinki. WSOY.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki. WSOY.

Lukkarinen, H. & Virsiheimo, T. 2012 Potilaan turvallinen siirto heräämöstä vuodeosastolle. Spirium. 47, 3.

Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Hiivala, K., Savo, M. & Salomäki, T. 2012 Käsi- kirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 27.03.2013. http://www.hotus.fi/system/files/KK_heraamohoito.pdf

Naski, E., Heikkinen, K. & Rantala, M.-R. 2012. Potilaan siirtokriteerit heräämöstä jatkohoitoon ja vuodeosastokelpoisuus tekonivelleikkauksen jälkeen. Spirium. 47, 3.

Niemi-Murola L. & Mäntyranta T. 2011. Potilasturvallisuus on yhteinen asiamme. Finnanest. 44, 1.

Nummenmaa, A.R. & Lauttamatti, L. 2004. Ohjaajana opinnäytetöiden työprosesseissa. Tampere. Tampere University Press.

Pauniah, S.-L. & Ikonen, T. 2010. Kaikki kunnossa – valmiina viiltoon. Terveysportti. Viitattu 13.03.2013.

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo98616&p_haku=tarkistuslista

Purhonen, S. 2006. Prevention of postoperative nausea and vomiting – with special reference to supplemental oxygen, different antiemetics and anesthesia regimens. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2012. Hoitotyöntaidot ja toiminnot. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. 2006. Anestesiologia ja tehohoito. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Saastamoinen, T., Hietanen, H., Juvonen, A. & Monto, R. 2010. Hoitotyöntoiminnot. Saarijärvi. Kirjapaja.

Salminen, J. 2011. Vaasan keskussairaala. Heräämöstä osastolle kriteerit. Haastattelu 15.03.2013.

Semel, ME., Resch, S., Haynes, AB., Funk, LM., Bader, A., Berry, WR., Weiser, TG. & Gawande, AA. 2010. Adopting a surgical safety checklist could save money and improve the quality of care in U.S. hospitals. Viitattu 13.03.2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3069616/>

Silfverberg, P. 1998. Ideasta projektiksi – projektisuunnittelun käsikirja. Painos. Helsinki. Edita.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi - projektivetäjän käsikirja. 18,48. Helsinki. Kustannustoimisto Planpoint Oy. Viitattu 06.05.2013. <http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf>

Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. 2013. Terveysturvalaki ja potilasturvallisuus. Viitattu 08.03.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/terveydenhuoltolaki-ja-potilasturvallisuus

Vaasan keskussairaala. 2011. Leikkauksen jälkeen. Viitattu 07.05.2013. http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Potilaat_asiakkaat_omaiset/Paivakirurgia/Anestesia/Leikkauksen_jalkeen

Vainio, A. 2009. Voiko kipua mitata? Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 26.03.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025#T1

Vilka H. & Airaksinen T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä. Tammi.

World Health Organization (WHO). 2009. Safe surgery saves lives. Viitattu 16.11.2012 <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>

World Health Organization (WHO). 2013 a. Patient safety. Viitattu 08.03.2013.
<http://www.who.int/patientsafety/about/en/index.html>

World Health Organization. (WHO). 2013 b. World Health Organization (WHO) Surgical Safety Checklist and Getting Started Kit. Viitattu 13.03.2013.
<http://www.ihi.org/knowledge/Pages/Tools/WHOSurgicalSafetyChecklistGettingStartedKit.aspx>

Yli-Villamo, R. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Saatekirje haastateltaville

Arvoisa vastaaja

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä postoperatiivinen tarkistuslista heräämöstä vuodeosastolle. Tarkistuslistasta on tarkoitus tehdä selkeä ja yksinkertainen, jotta se olisi mahdollisimman helppokäyttöinen käytännön hoitotyössä. Tarkistuslistan on tarkoitus edistää potilasturvallisuutta ja yhtenäistää hoitajien työtä.

Tarvittava aineisto opinnäytetyöhön olisi tarkoitus kerätä haastattelemalla teitä neljää kokenutta hoitajaa ja osaston lääkäriä. Kokeneella hoitajalla tarkoitetaan hoitajaa, joka on työskennellyt heräämötöissä ainakin viisi vuotta. Tällöin hoitajalle on kertynyt kokemuksen kautta hyväksi havaittua tietoa. Teitä hoitajia halutaan haastatella myös siksi, että tarkistuslistasta tulisi mahdollisimman kattava ja monipuolinen sekä osaston toimintaa vastaava.

Haastattelu on tarkoitus tehdä parihaastatteluna jolloin teidän hoitajien välille syntyy keskustelua ja te voitte täydentää toistenne ajatuksia ja ideoita. Haastattelun teemat on asetettu valmiiksi, mutta kaikki saavat sanoa oman mielipiteensä ja toivomme, että keskustelu on mahdollisimman vapaata. Haastattelu tulee kestämään noin 30 minuuttia, jonka aikana teemme muistiinpanoja ja kysymme mahdollisia tarkentavia kysymyksiä tarkistuslistaa varten. Teillä haastateltavilla on oikeus keskeyttää haastattelu koska tahansa eivätkä nimet tai muut henkilötiedot tule missään vaiheessa esiin. Haastattelun sisältö tulee vain meidän opinnäytetyöntekijöiden tietoon. Haastattelu on siis luottamuksellinen ja saatu haastattelumateriaali hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Minä _____ suostun haastateltavaksi

Paikka ja aika: _____

Allekirjoitus _____

Ystävällisin terveisin sairaanhoitajaopiskelijat

Niina Luhtala
e1001253@edu.vamk.fi
Vaasan ammattikorkeakoulu

Linda Rantala
e1001248@edu.vamk.fi
Vaasan ammattikorkeakoulu

Haastattelunrunko

Postoperatiivinen tarkistuslista

1. Millaiset ovat osaston käytännöt tällä hetkellä postoperatiivisessa tarkkailussa?
2. Käytättekö tällä hetkellä olemassa olevaa tarkistuslistaa/kriteeristöä?
3. Millaisia asioita tarkistuslistalla tulisi olla? Ja miten mittaatte/tarkkailette näitä asioita?

Esimerkiksi

- Verenkierto
 - Hengitys
 - Tajunnan taso
 - Motoriikka (liiketoiminnot)
 - Kipu
 - Pahoinvointi
 - Lämpötila
 - Nesteytys
 - Eritys
 - Verenvuoto
 - Mittaukset/laboratoriokokeet (esim. verensokeri, hb)
 - Jatkohoito-ohjeet
 - Potilaan henkilökohtaiset tavarat
4. Haluaisitteko, että listalla olisi myös konkreettisia raja-arvoja muun tekstin lisäksi?

Esimerkiksi

- MAP välillä 65–120
 - Sat yli 95 %
5. Millaisen haluaisitte lopullisesta tarkistuslistasta?

Esimerkiksi

- Laminoituna heräämön seinälle (kuten leikkaussalin tarkistuslista)
- Taskukokoinen
- A4-kokoinen laminoitu paperi valvontapöydälle
- Kirjaaminen, että tarkistuslista on käyty läpi esim. anestesiakaa-
vakkeen huomautuksiin merkintä

Postoperatiivinen tarkistuslista



POSTOPERATIIVINEN TARKISTUSLISTA



KRITEERIT	SIIRTOKELPOISUUS
HENGITYS <ul style="list-style-type: none"> - sat >92% - hengitysfrekvenssi 10-20 	Happisaturaatio on yli 92 %, hengitys vaivatonta (potilas pystyy puhumaan hengästymättä).
VERENKIERTO <ul style="list-style-type: none"> - verenpaine - pulssi - rytmi 	Verenpaine ja pulssi ovat turvallisella tasolla potilaan lähtöarvoihin nähden ja kun potilaalla on sinusrytmi tai jokin muu hänelle ominainen rytmi.
KIPU <ul style="list-style-type: none"> - vas <4 	Kivut hallinnassa. Mikäli potilas on puudutettu, hän ei saa kuitenkaan olla kokonaan tunnoton.
TAJUNNANTASO <ul style="list-style-type: none"> - potilas herää puhutteluun 	Tajunta leikkausta edeltävällä tasolla ja potilas rauhallinen.
PAHOINVINTI	Korkeintaan lievää pahoinvointia ja siihen määrätty pahoinvointia estävä lääkitys.
MOTORIIKKA <ul style="list-style-type: none"> - puutuminen 	Puudutuksen jälkeen tunto ja liike ovat lähes palautuneet. Mikäli potilasta ei ole puudutettu hänen kehonhallintansa vastaa leikkausta edeltävää tilaa.
SIDOKSET <ul style="list-style-type: none"> - haavasidokset 	Tarkkaile haavasidoksia heräämössä ja tarvittaessa näytä sidokset jatkohoito-osaston hoitajalle, jotta hän pystyy osastolla seuraamaan, mikäli vuoto lisääntyy.

NESTETASAPAINO <ul style="list-style-type: none"> - nesteytys (i.v & p.o) - diureesi - dreeni - hikoilu 	Riittävä diureesi katetroidulla potilaalla on noin 0,5-1 ml/kg/h (perusterveellä katetroimattomalla potilaalla virtsaamisen ei välttämättä tarvitse tapahtua vielä heräämössä -> huomioidaan osastolla). Dreenivuodon tulisi olla hallinnassa ja mikäli potilas hikoilee paljon, on nesteytykseen kiinnitettävä erityisesti huomiota.
PIKAVERINÄYTTEET <ul style="list-style-type: none"> - hb - vs - lääkärin määräämät verikokeet 	Hemoglobiini lähtöarvoihin nähden riittävällä tasolla tai se on > 85. Mikäli hemoglobiini on < 85 ota yhteys leikkaavaan lääkäriin. Verensokerin arvot eivät saa olla liian korkeat tai matalat.
PERUSHOITO <ul style="list-style-type: none"> - ihon puhtaus ja eheys 	Seuraa potilaan ihon kuntoa ja leikkausalueen ulkonäköä. Potilaan ihoa pyyhitään ja rasvataan sekä potilasta käännetään, jotta ehkäistään painaumuksia ja potilaalla olisi parempi olla. Tarvittaessa vaihdetaan pyjama tai/ja lakanat. Huomioi myös suun hoito.
HENKILÖKOHTAISET TAVARAT	Huomioi potilaan hammasproteesit, kuulolaite, silmälasit tai muut mukana olevat arvoesineet ja huolehdi, että ne siirtyvät potilaan mukana jatkohoitopaikkaan.
JATKOHOITO-OHJEET <ul style="list-style-type: none"> - lääkitys - nestehoito - kipu - asento - tarvittavat laboratoriokoe määräykset - muut tarvittavat ohjeet 	Jatkohoito määräykset on huomioitu ja kirjattu anestesiakaavakkeeseen ennen siirtoa. Anna jatkohoito-osastolle riittävä suullinen ja kirjallinen raportti. Muista allekirjoittaa kaavakkeet luovutuksen yhteydessä.

Siirtokelpoisuutta arvioitaessa huomioi aina potilaan lähtötilanne.

Tarvittaessa konsultoi virka-aikana potilasta hoitanutta anestesia-lääkärinä tai heräämön vastuulääkärinä. Päivystysaikana ota yhteys anestesiapäivystäjään.

Opinnäytetyö: Postoperatiivinen tarkistuslista heräämöstä osastolle
9/2013 Niina Luhtala ja Linda Rantala

Tiivistetty tarkistuslista apupöydille



TARKISTUSLISTA

HENGITYS <ul style="list-style-type: none"> - sat > 92 % - hengitysfrekvenssi 10–20 	VERENKIERTO <ul style="list-style-type: none"> - verenpaine - pulssi - rytmi
KIPU <ul style="list-style-type: none"> - vas <4 	TAJUNNANTASO <ul style="list-style-type: none"> - herää puhutteluun
PAHOINVOINTI <ul style="list-style-type: none"> - lievää ja hallinnassa 	MOTORIIKKA <ul style="list-style-type: none"> - puutuminen (raajojen liike & tunto)
NESTETASAPAINO <ul style="list-style-type: none"> - nesteytys (i.v & p.o) - diureesi - dreeni - hikoilu 	SIDOKSET <ul style="list-style-type: none"> - haavasidokset
PIKAVERINÄYTTEET <ul style="list-style-type: none"> - hb - vs - lääkärin määräämät 	PERUSHOITO <ul style="list-style-type: none"> - ihon puhtaus ja eheys
HEKILÖKOHTAISET TAVARAT <ul style="list-style-type: none"> - silmälasit, kuulolaite ym. 	JATKOHOITO-OHJEET <ul style="list-style-type: none"> - lääkitys - nestehoito - kipu - asennot

Opinnäytetyö: Postoperatiivinen tarkistuslista heräämöstä osastolle
9/2013 Niina Luhtala ja Linda Rantala

Sisällönanalyysi

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
<p>“Hengityksen alle satja hengitysfrekvenssi”</p> <p>”Kaikkia arvoja tulee aina verrata potilaan lähtöarvoihin”</p> <p>”Kipu on tärkeä siirtokriteeri ja vas oltava <4 ennen kuin potilas siirtyy”</p> <p>“Tarkistuslistaan pitäisi tulla yhtenä kohtana perushoito, sillä sitä ei kaiken muun hoidon ohessa saa unohtaa”</p>	<p>Hengityksen tarkkailu</p> <p>Lähtöarvojen huomioiminen</p> <p>Kivun seuranta</p> <p>Perushoidon toteuttaminen</p>	<p>Satja hengitysfrekvenssi</p> <p>Vas < 4</p> <p>Potilaan kääntäminen, suun kostutus ym.</p>	<p>Hengitys</p> <p>Kipu</p> <p>Perushoito</p>	Siirtokriteerit
<p>“Mahdollisimman yksinkertainen, jotta sitä käytetään”</p> <p>”Pieni lista myös apupöydille, josta se on helposti saatavilla”</p> <p>”Otsikot olisi hyvä olla jotenkin allekkain ja pääotsikot tummennettuna”</p> <p>”Suurennettu versio listasta seinällä olisi myös käytännöllinen ja aina esillä”</p>	<p>Yksinkertainen</p> <p>Apupöydille tiivistetympi versio listasta</p> <p>Otsikoinnin selkeys</p> <p>Seinälle listan laajempi versio</p>	<p>Helppokäyttöinen</p> <p>Tarkistuslistan asiat tiivistettynä</p> <p>Tarkistuslistan visuaalinen ulkomuoto</p> <p>Enemmän ohjeita postoperatiiviseen tarkkailuun</p>	<p>Yksinkertaisuus ja selkeys</p> <p>Tiivistetty tarkistuslista</p> <p>Asettelu</p> <p>Laaja tarkistuslista</p>	Tarkistuslistan ulkomuoto

